Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 28 czerwca 1884. **№ 26.** **Rok XXIII.**

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj Uniw. Jagiell. za lata 1877—1882, i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał **Dr. E. Machek,**

docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Na 391 irydektomij był wynik operacyi prawdziwie niepomyślny w trzech przypadkach u 2 chorych. W tych przypadkach skutkiem operacyi stan chorych pogorszył się bezwzględnie. W jednym z tych przypadków po operacyi prawidłowéj wystąpiło zapalenie ciałka rzęskowego i tęczówki i to już dnia następnego po wykonaniu rękoczynu a trzeciego dnia można było wykazać ropny naciek brzegów ranki. Następnie rogówka zropiała a gałka oczna zanikła. Najprawdopodobniéj nastąpiło w tym przypadku zakażenie ranki podczas lub po operacyi. Za tém przemawia także ta okoliczność, że równocześnie leczono w klinice stałéj dwa ciężkie przypadki ropni rogówkowych a w jednym przypadku zaćmy powikłanéj, którą operowano krótki czas przed wykonaniem wyżéj wspomnianéj irydektomii, oko uległo zapaleniu ropnemu. W każdym większym zakładzie okulistycznym lekarze od czasu do czasu robią niezawodnie podobne spostrzeżenia, wykazujące, jak wielce cenić należy postępowanie przeciwgnilne. Byłto jedyny przypadek ropienia ranki po irydektomii. U innego chorego, izraelity, wykonano z powodu jaskry prostéj (niezapalnéj), zresztą niepowikłanéj, irydektomiję na oku, które miało tylko poczucie światła. Po operacyi wystąpiły objawy zapalenia plastycznego, tylne przyczepiny a późniéj zapalenie ciałka rzęskowego. Oko uległo zanikowi. Z tém większą oględnością przystąpiono do operacyi drugiego oka. Wziernik wykazał głębokie wydrążenie tarczy nerwu wzrokowego przy zupełnie przezroczystych środkach łamiących. Tęczówka była prawidłowa tak pod względem utkania jak i oddziaływania na światło, bystrość zaś wzroku równała się $^6/_{36}$. Po prawidłowo wykonanéj operacyi powstało i na tém oku, podobnie jak na poprzednio operowaném, zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego z następowym zanikiem gałki ocznéj. Napięcie oczu przed operacyją było prawidłowe. Opisanie szczegółowe tego przypadku, z wielu względów ciekawego, zachowuję sobie na późniéj.

Z wyjątkiem tych trzech przypadków we wszystkich innych, w których wykonano irydektomiję z powodu j a s k r y, wynik w chwili opuszczenia kliniki odpowiadał rokowaniu, chociaż w kilku przypadkach po jakimś czasie okazała się potrzeba ponownego wykonania operacyi. Wspomnieć tu muszę jeszcze o jednym przypadku, w którym wykonano irydektomiję w oku, które skutkiem jaskry utraciło już poczucie światła a to celem zapobieżenia bólom w przyszłości. Po prawidłowéj operacyi wystąpiły dość ostre objawy zapalne, wrośnięcie tęczówki w rankę i wydęcie téjże. Po trzech tygodniach oko zbladło a pozostały tylko tylne przyczepiny jako resztki pozostałego zapalenia. Chorą widziałem jeszcze raz w półtrzecia roku po operacyi. Stan oka wcale się nie zmienił, a bólów w oku operowaném nie było. Wyniku téj operacyi niepomyślnym nazwać nie można.

Co się tyczy technicznego wykonania irydektomii w przypadkach j a s k r y, to we wszystkich, w których jeszcze poczucie światła było zachowane, udało się wycięcie tęczówki należycie. Szerokość sztucznéj szczeliny wynosiła 2 do 5mm. zaraz po wykonaniu operacyi, a 3 do 6mm. w kilka dni późniéj. Szczególnie w tych przypadkach, w których przed operacyją zapuszczano ezeryn, wydawało się bezpośrednio po jéj wykonaniu, jakoby wycięta część tęczówki była za wąską (2mm.). Późniéj jednakowoż szczelina sztuczna miała należytą szerokość a z tych przypadków, w których po jakimś czasie operacyję powtórzyć wypadło z powodu pojawienia się objawów jaskrowych, w jednym tylko poczytać można było zbyt wąską szczelinę sztuczną za przyczynę re-

cydywy. W przypadkach natomiast, operowanych już po utracie poczucia światła, nie dało się trzy razy wyciąć tęczówkę. Dwa razy ukazało się ciałko szklane w rance, a w jednym przypadku, operowanym przez sprawozdawcę, oderwała się tęczówka po uchwyceniu szczypczykami haczykowatemi od brzegu rzęskowego, tak, że powstało całkowite jéj oderwanie (*iridodialysis*). Tęczówka była w tém oku w wysokim stopniu zanikła a soczewka zaćmiona. Ponieważ w tym przypadku operowano z powodu bólów, które po operacyi zupełnie ustąpiły (widywałem tego chorego późniéj często w klinice ruchoméj), więc i tym razem osiągnięto cel mimo wadliwego wykonania operacyi. Na 77 wreszcie przypadków, w których wykonano irydektomiję z powodu jaskry, a w których dokładnie jest opisany w protokołach klinicznych stan oka przy wyjściu, była ranka w 17 przypadkach trochę jeszcze wydęta, a w ośmiu z nich wrósł przynajmniéj jeden koniec tęczówki w rankę.

Przez jakiś czas zapuszczano ezeryn przed wykonaniem irydektomii obok innych także i w tym celu, aby skurcz zwieracza źrenicy zapobiegł opadnięciu tęczówki lub końców téjże w rankę. Mogę jednakże twierdzić, że zapuszczanie ezerynu przed wykonaniem operacyi do osiągnięcia tego celu się nie przyczynia. Na to, aby źrenica rodzima razem ze szczeliną sztuczną miała po operacyi postać dziurki od klucza, wpływa wykonanie operacyi, a mianowicie ta okoliczność, aby wycięcie tęczówki nastąpiło w chwili największego téjże naprężenia. W razie zachowania téj ostrożności sprężystość tęczówki i skurcz mięśni tęczówkowych wystarczą najczęściéj, aby się końce tęczówki z ranki wycofały. Jeżeli się to nie uda podczas operacyi, otwór źreniczny nie będzie już miał późniéj postaci wspomnianéj. Odprowadzanie opadłych w rankę końców tęczówkowych pozostaje najczęściéj bez skutku a może dać powód do ropienia lub zapalenia tęczówki, pomijając już niebezpieczeństwo obrażenia torebki.

Zapuszczanie ezerynu przed irydektomiją wykonaną z powodu jaskry ma następujące korzyści: 1. Wyjaśniając ciałko szklane na jakiś czas poprawia bystrość wzroku, tak, że już przed operacyją możemy dokładniéj oznaczyć, jaką bystrość wzroku chory odzyska po operacyi. Wskazówka ta jest bardzo ważną, gdyż ułatwia rokowanie i ma wielką praktyczną doniosłość. Jeżeli ezeryn zapuszcza się w przypadkach jaskry zapalnéj dość energicznie przed operacyją, tak, że ciałko szklane się wyjaśni, to bystrość wzroku wzmaga się zazwyczaj do tego stopnia, że nawet po najdokładniéj wykonanéj irydektomii już się bardziéj nie poprawi. Chociaż bowiem irydektomija przyczynia się do całkowitego wyjaśnienia ciałka szklanego, a usuwając objawy przekrwienia i ustalając stan oka sprowadzi dalszą jeszcze poprawę wzroku, to korzyści te równoważy znów ujemny wpływ, jaki na bystrość wzroku wywierają olśnienie skutkiem szerokiéj sztucznéj szczeliny i niezborność powstająca po operacyi. Zdanie wyżéj wypowiedziane stwierdziłem całym szeregiem przypadków, chociaż nie przeczę, że są także wyjątki. 2. Ezeryn zwężając źrenicę zabezpiecza przodkową torebkę od obrażenia, co przecież niekiedy najwprawniejszym nawet zdarza się operatorom. 3. Obniżając ucisk śródoczny wpływa korzystnie na odżywienie tęczówki, skutkiem czego jéj tkanina staje się sprężystszą i mięsistszą, łatwiéj więc można ją uchwycić i poza rankę wyciągnąć, co znów ułatwia jéj wycięcie. Do ujemnych zaś własności ezerynu policzyć należy to, że tęczówka po zapuszczeniu ezerynu broczy. Nie zawsze udaje się wydalić z przodkowéj komórki krew, któréj wessanie trwa następnie tém dłużéj, im dłużéj choroba trwała a odżywianie oka bardziéj ucierpiało. Krew działając drażniąco może nawet stać się powodem zapalenia tęczówki i wytworzenia się tylnych przyczepin. Wspomnieć tu muszę, że w dwóch przypadkach, w których irydektomiję z powodu jaskry wykonano, a w których po operacyi wytworzyły się tylne przyczepiny, zapuszczono poprzednio ezeryn a tęczówka broczyła mocno po dokonanéj operacyi. Nasuwa się więc myśl, ażali ezeryn nie przyczynił się do tego, a pod tym względem należałoby dalsze czynić spostrzeżenia.

Wyniki irydektomij wykonanych z powodów optycznych jeszcze trudniéj byłoby ująć w wykaz ogólny, niż wyniki irydektomij, wykonanych z powodu jaskry, gdyż każdy właściwie przypadek wymagałby szczegółowego opisania, aby zrozumieć, o ile wycięcie tęczówki do poprawy bystrości wzroku przyczynić się mogło. W pięciu rozpaczliwych przypadkach wykonano naprzód przecięcie mięśnia prostego górnego a następnie na tém samém oku irydektomiję optyczną. Skutkiem ospy uległa w tych przypadkach jedna gałka oczna zanikowi, na drugiém zaś oku ropienie zniszczyło rogówkę, tak że pozostał, jak to zwykle w takich razach bywa, tylko górny skrawek téjże mający tylko około 3 milimetrów szerokości, przyczém i krzywizna ocalałéj części rogówki była zmniejszona. W czterech z tych przypadków udało się wprawdzie wyciąć tęczówkę, tak, że utworzono szczelinę sztuczną, przez którą dostateczna ilość światła do oka dostawać się mogła, mimo to przecież rzeczywistéj poprawy bystrości wzroku nie uzyskano. W najpomyślniejszym z tych przypadków chory przed operacyją widział tylko ruchy ręki w odległości jednego metra, po operacyi zaś liczył palce niepewnie w odległości $^3/_4$ metra. Rozpaczliwy stan tych chorych, którzy przed niedawnym czasem jeszcze widzieli, zniewala niejednokrotnie operatorów, pomimo zrobionych pod tym względem doświadczeń, do wykonania irydektomii optycznéj z wątpliwą atoli dla chorych korzyścią. Przypadki te potwierdzają zdanie, które Arlt wypowiedział: „że irydektomija optyczna bystrości wzroku nie poprawi, jeżeli pozostała część rogówki nie równa się przynajmniéj jednéj trzeciéj części téj błony i nie ma prawidłowéj krzywizny.“ Chociaż bowiem uda się utworzyć nową obwodową źrenicę, promienie światła, które przez nią przechodzą, doznają z powodu obwodowego położenia i spłaszczenia rogówki a wreszcie i zaćmienia miąższu téjże, które najczęściéj w takich przypadkach napotykamy, tego rodzaju rozproszenia i tak nieprawidłowego załamania, że o wytworzeniu się wyraźnego obrazu na siatkówce nawet myśleć nie można.

W innych przypadkach, w których wykonano irydektomiję optyczną, uzyskano bardzo pomyślne wyniki. Do najpomyślniejszych zaliczyć należy te, w których skutkiem przewlekłego zapalenia tęczówki powstały złogi barwika i błony wypocinowe w źrenicy, lub skutkiem wrzodów obwodowych w rogówce wrośnięcie tęczówki w bliznę. W jednym z tych ostatnich, w którym chory przed operacyją miał tylko poczucie światła, po operacyi bystrość wzroku równała się $^6/_9$.

To co o trudnościach ujęcia w ogólny wykaz irydektomij optycznych powiedziałem, tyczy się w wyższym jeszcze stopniu irydektomij wykonanych w przypadkach spraw zapalnych tęczówki, ciałka rzęskowego i naczyniówki. Nie wchodząc w szczegółowy opis przypadków możnaby je według

wyników podzielić na trzy gromady. Do pierwszéj należą te przypadki, w których poprawę spodziewaną przed operacyją osiągnięto po jéj wykonaniu; do drugiéj te, w których operacyja pozostała bez skutku, w tych przypadkach najczęściéj powtórzono irydektomiję; a wreszcie do trzeciéj te przypadki, w których po operacyi nastąpiło zaostrzenie sprawy zapalnéj. Na pierwszą gromadę przypada 84%, na drugą 13.5%, a na trzecią 2.5%.

II. Nowsze wskazania do uretrotomii zewnętrznéj.

(Wykład miany na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

Podał prof. Dr. A. **Obaliński** w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Jakkolwiek takie rozszerzanie na tępo w zupełności zasługuje na uznanie, czego dowodem jest skuteczność jego w bolesnym skurczu łatwo dostępnéj szyi pęcherzowéj u kobiet, to jednak zupełnie zgadzam się ze zdaniem Voillemiera i le Dentua, którzy powątpiewają w skuteczność tych narządów u mężczyzn z téj prostéj przyczyny, iż on działa bez kontroli wzroku i czucia, co łatwiéj sprawi, iż szyja usunie się przed rozszerzaczem niż jemu ulegnie. Po wykonaniu zaś uretrotomii zewnętrznéj możemy z łatwością dostać się palcem do szyi pęcherza i tak samo ją rozszerzyć jak u kobiet.

2) W kilka tygodni późniéj przywieziono do mego oddziału 70-letniego starca w stanie bardzo rozpaczliwym z powodu bolesnego zupełnego zatrzymania moczu. Opowiada on, że już raz przed ośmiu laty tak samo cierpiał, że jednak po kilkakrotném założeniu cewnika mocz znów dobrze odchodził, tylko częściéj niż w stanie prawidłowym. Przed tygodniem zatrzymał mu się mocz bez wiadoméj przyczyny tak, iż odtąd musiano mu dwa razy dziennie odprowadzać mocz za pomocą cewnika metalowego, przyczém zawsze pokazywać się miała krew. Zaraz po przybyciu do szpitala wprowadził mu lekarz oddziałowy cewnik metalowy Nr. 20 Char. z łatwością, lecz mimo to mocz nie odpływał, a jak się po wydobyciu cewnika pokazało, z powodu starych skrzepów oka cewnika szczelnie zatykających. Gdy kilkakrotne próby z wszelką ostrożnością przedsięwzięte nie doprowadziły do celu, pozostawił on chorego w spokoju aż do mego przybycia a to tém bardziéj, że działo się to o siódméj rano, a więc bezpośrednio przed rozpoczęciem wizyty porannéj.

Przybywszy do chorego przypomniałem sobie przedewszystkiém, że go już raz leczyłem w szpitalu z powodu zatrzymania moczu wywołanego przerostem gruczołu krokowego a dowiedziawszy się o szczegółach powyżéj wspomnianych, znalazłem przy badaniu bardzo znaczne wysadzenie okolicy podpępkowéj przedstawiające się przy obmacaniu jako bolesna kulistość, którą palcem do rzyci wprowadzonym również wybadać można. Ponieważ chory doznawał bardzo znacznego bólu, przystąpiłem natychmiast do zaprowadzenia cewnika, przyczém jednak sprawdzić mogłem tylko to, co mi już poprzednio opowiedział lekarz pomocniczy. Mając więc do czynienia z krwią nagromadzoną w pęcherzu moczowym, prawdopodobnie od obrażenia sterczącego do szyi pęcherza płatu gruczołowego pochodzącą, musiałem się zastanowić, co daléj czynić wypada.

Wiadomo ogólnie, że w obec krwi nagromadzonéj w pęcherzu najlepiéj jest zachowywać się wyczekująco i podawać płyny w wielkiéj ilości, przez co skrzepy ciągle w dopływającym moczu się rozpuszczają i odprowadzenie ich staje się łatwiejszém. Tutaj jednak mowy o podobném postępowaniu być nie mogło w obec zatrzymania moczu a ztąd znacznych bólów. Postanowiłem przeto wydobyć skrzepy przez aspiracyję za pomocą dobrze ciągnącéj i do cewnika ściśle przystającéj strzykawki, lecz i te usiłowania okazały się bezskutecznemi. Również bezskuteczną okazała się aspiracyja za pomocą aspiratora Potaina, którego cienki trójgraniec wkłółem po nad spojeniem łonowém. W końcu wprowadziłem najgrubszy cewnik służący jako ewakuator (Nr. 28 Char.) i dopiero w ten sposób udało mi się odprowadzić mocz krwawy wraz z wielką ilością skrzepów, przyczém zauważyłem, że prawie cały cewnik aż po pawilon musiał być wprowadzonym, co również za przerostem gruczołu krokowego przemawiało. Usunąwszy około litra moczu sądziłem, że może na pewien przeciąg czasu będzie spokój i że skrzepy rozpłynąwszy się tymczasem w moczu nie będą stawiać dalszych przeszkód. Lecz obliczenia moje nie sprawdziły się, gdyż już po pięciu godzinach przysłano po mnie celem ulżenia choremu wijącemu się z bólu w łóżku. Gdy zaś tym razem i ewakuator po kilkakroć zakładany zawiódł, nie pozostało mi nic innego, jak otworzyć pęcherz czy to za pomocą cięcia nadłonowego czy też bocznego (*sectio lateralis*), jak to zresztą radzą chirurgowie francuscy w takich razach.

Zastanawiając się nad sposobem, którego mam w obecnym przypadku użyć, przyszło mi na myśl, czyby nie wystarczyło wykonać poprostu uretrotomiję, za pomocą któréj powinienby się dać pęcherz dobrze oczyścić ze skrzepów a cewnik tędy zaprowadzony powinienby zabezpieczyć odpływ dla moczu i spokój potrzebny do zatamowania krwotoku. Ponieważ ten sposób wydał mi się najprostszym a przytém dosyć pewnym, przystąpiłem natychmiast do wykonania. Po zachloroformowaniu przeciąłem kilkoma cięciami cewkę w jéj części błoniastéj na przewodniku poprzednio w nią włożonym w długości 3 cm. i wprowadziłem palec wskazujący ręki lewéj przez ranę w kierunku ku pęcherzowi, przyczém się przekonałem, że część krokowa cewki znacznie została zmienioną skutkiem przerostu gruczołu krokowego, który ją spłaszczył z boków i wydłużył ku górze. Tą samą drogą wprowadzony cewnik Nr. 28 Charrièra odprowadził natychmiast mocz krwawy pomięszany z wielką ilością starych skrzepów.

Objawu tego nie mogę sobie inaczéj wytłumaczyć, jak że cewnik zwykłą drogą wprowadzony dostawał się do pęcherza przez wystającą a rozpulchnioną część przerosłego płatu gruczołu krokowego i zatykał się natychmiast krwią skrzepłą, która nie przepuszczała więcéj moczu z pęcherza, podczas gdy tenże sam cewnik wprowadzony do pęcherza przez ranę na międzykroczu pod przewodnictwem palca wskazującego mógł z łatwością omijać owe szkopuły. Przypuszczenie to nabiera tém większego prawdopodobieństwa, gdy uwzględnimy, że owa niemożność odciągania moczu u naszego chorego drogą zwykłą utrzymywała się jeszcze przez długi czas przy równoczesnéj skuteczności cewnika wprowadzonego przez ranę na międzykroczu.

Z dalszego przebiegu wyszczególnię tylko, że mocz odpływał za pomocą drenu Löbkera swobodnie do naczynia pod łóżkiem ustawionego, że po kilku dniach stał się bezkrwawym, że przy użyciu jednoprocentowego roczczynu kwasu borowego tak wewnętrznie jak i miejscowo odczyn jego zmienił się z alkalicznego na kwaśny, a w końcu, że po

upływie dni czternastu udało się wreszcie po raz pierwszy odprowadzić mocz drogą zwykłą cewnikiem Nélatonowskim. Z końcem czwartego tygodnia zagoiła się rana zupełnie i chory zaczął oddawać mocz dobrowolnie. Przy uwolnieniu go z zakładu poleciłem jednakże choremu, aby przez dłuższy jeszcze czas dwa razy dziennie zaprowadzał sobie cewnik i pęcherz przemywał.

Przytaczając świetny wynik terapii w niniejszym przypadku nie jestem pewnym, czy proponowana przezemnie metoda będzie w każdym innym przypadku podobnie skuteczną, w każdym razie polecam ją szanownym Kolegom do dalszego wypróbowania jako metodę przez nikogo dotąd niepodaną, łatwą do uskutecznienia i mało nadwerężającą.

III. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O stosowaniu leczniczém nowéj soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się téjże w przewodzie pokarmowym.

Podał na podstawie doświadczeń klinicznych

Dr. W. Jaworski,
Docent Uniwersytetu Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

2. Znikanie węglanu sodowego ze żołądka nie idzie w parze ze znikaniem siarkanu sodowego, gdyż część kwaśnego soku żołądkowego zostaje zobojętnioną, znaczniejsza zaś ilość zostaje wessaną. Brak węglanu sodowego w żołądku objawia się oddziaływaniem obojętném lub kwaśném treści żołądkowéj. Znikanie węglanu sodowego może posłużyć za względną miarę chyżości i obfitości wydzielania się kwasu żołądkowego; im prędzéj pojawia się kw. żołądkowy, tém wydzielanie jego będzie energiczniejsze. Po uwzględnieniu czasu potrzebnego do wystąpienia soku kwaśnego po użyciu 5 gm. soli przedstawiają się np. stosunki w przypadkach I. 3, 4, V. 27, VI. 32. 33, że ta dawka w przeciągu pół godziny nietylko zobojętnioną została, lecz nadto jeszcze znaczna ilość wolnego kw. solnego się wydzieliła, podczas gdy w tym samym czasie obecność siarkanu sodowego jeszcze wyraźnie wykazać się daje.

Przy dawkach zaś 10gmowych w przypadkach, w których badana treść wykazała wysoką kwasotę (I. 7, II. 12, III. 19,) zobojętnienie następowało w przeciągu jednéj godziny, podczas gdy w przypadku X. 58, XI. 62, XII. 65, 66, XIV. 74, XV. 76, w których sok zawierał mało kwasu lub nawet oddziaływał alkalicznie, węglan sodowy daleko dłużéj, niż po jednéj godzinie, gdyż w przyp. X. 58 jeszcze po 6 kwadransach pozostawał w żołądku, i nietylko znacznym stopniem alkaliczności, lecz nawet jeszcze burzeniem po dolaniu kw. solnego się objawiał.

3. Powyższe zachowanie się węglanu sodowego w żołądku wykazuje, że sól karlsbadzka w wysokim stopniu pobudza błonę śluzową do wydzielania kwasu, który nietylko służy do częściowego zobojętnienia rozczynu soli karlsbadzkiéj, ale nadto, jak wykazują dośw. I. 7, IV. 27, VI. 5, IX. 49, znaczna ilość kw. żołądkowego wolnego się wydziela, co znaczy, że pobudzenie błony śluzowéj do wydzielania jeszcze i po zniknięciu soli karlsb. ze żołądka trwa dłużéj i silniéj, niż np. po stosowaniu wody lodowéj metodą Leubego (Przegląd Lek. 1884 p. 213. Nowy przyczynek do metod badania chorób żołądka. Dr. Gluziński i Dr. Jaworski), tak że np. w dośw. XIII. 71, 72, gdzie pierwotnie sok żołądkowy oddziaływał alkalicznie, w pół godziny po zadaniu soli karlsb. stał się kwaśnym. Jak długo to pobudzenie po zażyciu soli trwa, uczą przypadki I 7, 8, VI. 32—36, IX. 49, 50, w których sól karlsbadzka znikała ze żołądka po 4 kw. pozostawiając wysoką kwasotę wzrastającą stale w pierwszym przypadku do 4, a w drugim do 6 kwadransów, a stąd (VI. 36,) kwasota stała się o wiele mniejszą, niż była w żołądku czczym przez podrażnienie wodą lodową. Mylne więc jest mniemanie, polegające na teoretyczném przypuszczeniu, że sól karlsbadzka a względnie alkalia zobojętniają kwas w żołądku, owszem przeciwnie ma się rzecz, one zwiększają kwasotę treści żołądkowéj. Jak pouczają doświadczenia I. 2, II. 10, IV. 21, trawi rozwodniona treść żołądka czczego, jeżeli tylko w niéj jest dostateczna ilość kw. solnego (przynajmniéj 4 cm. sz. dziesiętnonormalnego kw. solnego na 100 cm. sz. płynu), krążek białka gotowanego w przeciągu 2—7 godz. Jeżeli treść jest alkaliczną, to trawienie białka również następuje, lecz dopiero po zakwaszeniu kw. solnym X. 52. XII. 63, XIII. 67, XIV. 73, XV. 75, zawsze więc zawiera treść żołądka sama dla siebie pepsynę, o czém jeszcze na wielu innych przypadkach z Drem Gluzińskim mieliśmy sposobność przekonać się. Po wlaniu rozczynu soli do żołądka rzecz się zupełnie zmienia. Nietylko bowiem kwas zostaje zobojętniony, lecz doświadczenia IX. 13, III. 16, 17, VIII. 41—43, IX. 47, 48, X. 52, 54, 58, wykazują, że treść ze żołądka aspirowana pomimo zakwaszenia kw. solnym już więcéj nie peptonizuje. Szczególniéj pouczający jest przypadek IV. 22, 23, w którym wlano 5 gm. soli karlsb. na 250 wody przekroplonéj, i zaraz aspirowano; otrzymana treść po zobojętnieniu i zakwaszeniu nie wykazywała ani śladu własności trawiących. A nawet chociaż po niejakim czasie w dośw. I. 7, VI. 32, 33, IV. 24, VI. 32, kwasota soku żołądkowego powróciła i sok żołądkowy znów silnie stał się kwaśnym, nie ma on jeszcze własności trawiących i jak długo jeszcze w soku żołądkowym daje się wykazać siarkan sodowy w znaczniejszéj ilości, jak w dośw. II. 13, III. 16, 17, IV. 24, VI. 32, 33, VII. 38, VIII. 41—44, IX. 46, X. 53, 55, XI. 62, XII. 64, XIII. 68, XIV. 74, trawienie jego jest upośledzone, albo i po 24 godz. nawet po dodaniu kw. solnego do mięszaniny trawiącéj nie następuje. Z dośw. XIII. 67, 68, 70, jest widoczném, że i obecność węglanu sodowego, mierzona alkalicznością treści żołądka, wpływa na siłę trawiącą niszcząc pepsynę. Największa alkaliczność, przy jakiéj po zakwaszeniu kw. solnym treść żołądka nabywa jeszcze siły trawiącéj, wynosiła 4 cm. sz. dziesiętnonorm. kw. solnego na 100 cm. treści żołądkowéj, co znaczy, że sok żołądkowy alkaliczny może zawierać jeszcze ferment trawiący. W ogóle pokazuje się, że sól karlsb. w pierwszych chwilach w dawce do dośw. używanéj niszczy ferment trawiący całkowicie, co przypisać należy obecności węglanu sodowego, a co dla sztucznych trawień zauważaném zostało przez Langleya (*Centralblatt f. med. Wissenschaften* 1882 p. 691), a mianowicie że rozczyn 1% węglanu sodowego wyciąg błony śluzowéj żołądka świni zupełnie pozbawił siły trawiącéj. Dopiero po niejakim czasie występuje znów wydzielanie fermentu trawiącego, lecz w nierównéj mierze, jak wydzielanie kw. żołądkowego, z czego wynika, że czynność elementów wytwarzających ferment w daleko wyższym stopniu zostaje upośledzoną, niż wydzielających kwas, i że te pod względem morfotycznym są od siebie oddzielone. Ferment, a względnie sok trawiący występuje u różnych osób po różnym czasie: u osób, u których treść czczego żołądka była pierwotnie

kwaśną i sama przez się trawiła, wystąpił sok peptonizujący w dawkach 5gmowych dopiero po 4 kwadransach; tylko w jednym przypadku I. 3, 4, nadmiarowego wydzielania się kw. solnego, okazał się sok żołądkowy już po 2 kwadransach trawiący jednak jeszcze bardzo powolnie; w jednym przypadku nastąpiło to dopiero po godzinie, a u reszty po 6—8 kwadransach.

Przy stósowaniu téj saméj dawki u osób, których sok żołądkowy był słabo kwaśny lub alkaliczny, czas występowania soku, po dodaniu kw. solnego, trawiącego, był mniéj więcéj taki sam, jak i w przypadkach poprzedzających. W dośw. X. 54, XIII. 68, 71, otrzymano treść trawiącą po zakwaszeniu już po upływie 2 kwadransów, w innych dopiero po upływie 4—6 kwadransów; w kwadrans zaś po zadaniu soli karlsbadzkiéj wyciągnięta treść (IV. 23, X. 53) nie peptonizowała, tylko białko rozpuszczała.

Stósując zaś dawki 10gmowe odmienny wynik otrzymujemy. U osób, u których treść czczego żołądka była mocno kwaśną, i sama dla siebie już trawiła, tylko w dwóch dośw. IX. 49, V. 29, po zadaniu soli można było otrzymać treść po 6 kwadransach i to bardzo powolnie trawiącą. W innych doświadczeniach I. 7, IV. 24, pomimo dostatecznéj kwasoty nie trawiła. Podobnie u osób z treścią żołądka słabo kwaśną, lub alkaliczną (XII. 66, XIII. 72), dawki dziesięciogramowe wydały sok albo tylko bardzo słabo, albo wcale nie peptonizujący. Wynika ztąd, że większe dawki soli karlsb. trawienie żołądkowe w wysokim stopniu upośledzają, jak to najwybitniéj okazuje się z porównawczego dośw. II. 12, 13, 14, w którym treść żołądka po wprowadzeniu wody przekroplonéj aspirowana dobrze trawiła, po użyciu zaś roztworu soli w téj saméj ilości wody już tylko bardzo słabo.

4. Sposób więc działania soli karlsb. na czynność wydzielniczą błony śluzowéj żołądka przedstawia się przy prawidłowej sekrecyi w ten sposób, że w pierwszéj chwili następuje silne podrażnienie jej do wydzielenia kwasu, który jak długo jeszcze istnieje węglan sodowy w żołądku, zostaje zużyty do zobojętnienia tegoż. Jednak zadrażnienie do wydzielania ze zobojętnieniem soli nie ustaje, lecz daléj się wzmaga, i jak pouczają doświadczenia VI. 35, 36, IX. 49, 59, dochodzi po sześciu a w przyp. I. 7, 8 już po 4 kwadransach do *maximum*, a potém nagle, gdyż po dwu kwadransach zupełnie opada, także należy przypuścić, że podrażnienie błony śluzowéj do wydzielenia kw. żołądkowego pod wpływem soli karlsb. nie trwa w prawidłowych stosunkach i średnich dawkach (5 do 10 gm.) dłużéj nad 2 godziny. Pepsyna podobnież, jak i kwas solny zostaje działaniem soli karlsb. zniszczoną; dopiero gdy treść staje się obojętną, trawiący ferment zaczyna się wydzielać, lecz nie dosięga równocześnie z wydzielaniem kwasu swego *maximum*, lecz o wiele późniéj, gdyż n. p. w przyp. I. 7, 8, i IX. 49, 50, *maximum* kwasoty zostało osiągnięte po 4 i 6 kwadransach, podczas gdy *optimum* siły trawiącej nie doszło jeszcze do pierwotnéj miary; w ostatnim przypadku przy *maximum* kwasoty treść żołądkowa nawet nie trawiła, jak gdyby w niéj wcale pepsyny nie było. Jedna okoliczność zasługuje tu na uwagę i jest trudną do wytłumaczenia, dlaczego n. p. w dośw. I. 7, ten sam kw. żołądkowy przy tak wysokiej kwasocie sam zupełnie nie trawił, po dodaniu zaś kropli kw. solnego krążek zpeptonizował; czy może znajdował się tu pierwotny kw. solny jeszcze w jakim związku, w którym nie wpływa na trawienie?

5. Większe lub powtarzane dawki soli karlsbadzkiéj opóźniają w wysokim stopniu wydzielanie soku trawiącego. W doświad. X. 54, 5-gmowa dawka soli została zupełnie zobojętnioną w przeciągu 2 kwadransów i treść aspirowana trawiła białko; gdy zaś wprowadzono tę samą ilość soli karlsb. do żołądka wypłukanego od poprzedzającéj dawki soli X. 55, to po 2 kwadransach wykazała treść żołądka znaczną alkaliczność, nietrawiła wcale. To samo powtórzono w doświadczeniu X, 53, 56, wprawdzie po trzech kwadransach 5gmowa dawka soli została zobojętnioną, lecz treść jéj wcale nie trawiła. W dośw. XII. 65, 66, zaś raz po dawce 5, drugi raz po dawce 10gm., wystąpiła treść w obydwu doświadczeniach o tej samej alkaliczności, lecz treść po dawce 5gmowej o wiele prędzej białko trawiła, niż po dawce 10gmowej. Pokazuje się stąd, że sól karlsb. sprawia znużenie narządu wydzielniczego, jeżeli dawki są większe lub powtarzane. (C. d. n.)

IV. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Przyczyną prawdziwie oryginalną, sprzyjającą powstawaniu na Wschodzie pewnych stanów chorobowych skóry, jest nakłuwanie wyłącznemi igłami pewnych okolic ciała, mianowicie zaś przedramion, w celu pozostawienia niezgładzonych śladów pewnych najprzód obmyślanych rysunków. Nakłuwanie to, czyli „tatuowanie", praktykowane wyłącznie przez plemiona arabskie i pielgrzymów odwiedzających Mekkę i Palestynę, dostało się tu od Persów i Indyjan przybywających do Kerbeli dla uczczenia grobów wspólnych męczenników religijnych Hussejna i Hasana. Do Palestyny zaś zwyczaj ten został przeniesiony przez Arabów i tutaj jako sposób bardzo praktyczny do zaznaczenia pobożnych pielgrzymów, przyjęty przez chrześcian rozmaitych odcieni od czterech wieków jest praktykowany z największą popularnością. Wykonywane z razu przez pojedyncze osoby wyłącznie do tego uzdolnione, a jak u muzułmanów to i przez stare kobiety, z biegiem czasu tatuowanie stało się przywilejem całych korporacyj majstrów, jednych bardzo zręcznych w tego rodzaju praktyce, drugich prawdziwych partaczy, aż wreszcie zyskało sobie prawo obywatelstwa ustalenia się przy kościołach i klasztorach wyłącznie greckich, gdzie też praktykują je z całą swobodą, i z widoczną korzyścią dla poważnych członków klasztornych korporacyj. Nie wiele byłoby do zarzucenia, gdyby w praktyce tego rodzaju piętn pamiątkowych nie odgrywała pewnéj roli i zła wola znaczących. Bo jeżeli u muzułmanów, a głównie u ich kobiet, nakłuwanie skóry i barwienie nakłuć rozmaitemi kolorami, uważane za ozdobę zajmuje zwykle bardzo małe przestrzenie, to przeciwnie u chrześcijan prawosławnych często całe przedramię tatuowane nie rzadko staje się przyczyną wystąpienia przykrych objawów chorobowych. Sposoby używane do nakłuwań są rozmaite. Cała jednak rzecz zależy na tém, ażeby nakłute zarysy gwiazd, kwiatów, krzyża itp. uczynić niezgładzonemi, i o ile można wyraźnemi w swych barwach: fijoletowéj, czerwonéj i żółtéj. Do tego więc, prócz już wspomnianego nakłuwania igłami, używane są istoty barwikowe, a dla ich ustalenia proch spalony zwykle na zajętéj nakłuciami przestrzeni. Jako istoty barwikowe są zwykle używane indygo, karmin, szafran i kurkumina. Bardziéj zaś postępowi operatorzy posługują się także barwikami anilinowemi. Stosownie więc do jakości i ilości wpro-

wadzonego barwika, w miarę tego, czy igły użyte do nakłuć są stalowe i czyste, występują objawy chorobowe lub też nie. O tyle też również podrażnienie skóry bywa silniejszém, o ile nakłucia były gęstsze i o ile obraziły głębsze warstwy skóry. Wytrwali pielgrzymi, w których liczbie głównie figurują Rosyjanie, Ormijanie i Grecy, z wielką cierpliwością znoszą zwykle nakłucia i tylko spalenie prochu sprawia im ból bardziéj dotkliwy. W pierwszych dniach po dokonaném tatuowaniu, prócz zaczerwienienia skóry przedstawiającéj wejrzenie lekkiego oparzenia, nic więcéj nie daje się zauważyć. Wywołane nakłóciem podrażnienie i wprowadzone do małych ranek barwiki widocznie że potrzebują czasu do przyswojenia się. Dopiero więc po kilkunastu dniach a często po upływie miesiąca, jeżeli ranki w istocie zostały zanieczyszczone, zwykły występować pierwsze pojawy cierpienia skóry, cechujące się opuchnięciem całéj przestrzeni lub tylko jéj wybrzeży, głęboko sięgającém zaczerwienieniem zapalném, różą, następowém owrzodzeniem, stwardnieniem naskórka, a w dość częstych przypadkach i wypryskiem. Oryginalną cechą tych objawów jest występowanie ich pojedynczo lub całemi grupami, u osób napiętnowanych tym lub owym kolorem. I tak u naznaczonych kolorem żółtym, róża, stwardnienie skóry i wyprysk. Pośród tych ostatnich zauważałem przypadki, gdzie sprawa zapalna była tak silną, że wywoławszy zgorzelinę stała się przyczyną nie tylko zniszczenia tego pamiątkowego obrazku, ale jeszcze naraziła cierpiącego na utratę prawéj odnogi górnéj. Że zaś operacyja tego rodzaju zabobonnego piętnowania zwykła się odbywać po klasztorach, a zatém z zachowaniem pewnéj tajemniczości, więc też i wystąpienie pierwszych pojawów zapalnych zwykle uchodzi uwagi. Wprawdzie pieczołowici mnisi nie zaniedbują uprzedzić swych klijentów (składających ofiary pewnego znaczenia), że chęć wywiezienia z Palestyny pamiątkowego piętna może narazić na konieczne przebycie pewnych cierpień, wszystko to nie powstrzymuje pobożnych pielgrzymów, nieraz błagających jeszcze, ażeby wbijano im igły z większą energiją i wprowadzano większą ilość barwika! Dopiero w czasie powrotu a mianowicie po przybyciu do Smirny lub Konstantynopola zmienia się usposobienie pielgrzymów i występujące powikłania, róża i wyprysk, zmuszają ich do szukania pomocy lekarskiéj. Zbyteczna dodawać, że traktowanie przypadków tatuowania powikłanych ze stanami chorobowemi skóry jest bardzo pojedynczém. Ograniczenie sprawy zapalnéj, usunięcie wyprysku, stósowne działanie przeciwko wysokiemu stopniowi podrażnienia skóry, oto najgłówniejsze wskazania. Bo do zgładzenia samego piętna a przynajmniéj częściowego usunięcia wprowadzonego barwika prócz ciasta wiedeńskiego nie posiadamy żadnego lepszego sposobu. Nie znam jednak pielgrzyma, któryby się poddał podobnemu leczeniu.

Jeżeli guz alepski lub bagdadzki jest cierpieniem panującém wyłącznie pośród plemion zalegających doliny Tygru i Eufratu, a trąd ogranicza się do południowych okolic Syryi, to stanem chorobowym dość interesującym pod względem swego umiejscowienia się jest tu rybia łuska. Przykłady jéj, uderzające swym rozwojem, charakterem dziedzicznym i rozmaitością form, przeważnie uważano pośród plemion albańskich, mianowicie u „Mirdytów“ i „Toska“ zamieszkujących przestrzenie w pobliżu Adryjatyku, od jeziora Skutarskiego aż do północnych stoków pasma górskiego zwanego „Aspropotamo“. Przyjmując za pewne, że rybia łuska jest chorobą przyrodzoną, nie podobna mi było w całéj wielkiéj ilości widzianych przypadków potwierdzić zdanie pewnych dermatologów, podających za jedyną przyczynę choroby niezwykły rozwój gruczołów skórnych. Nie należy wątpić, że u osób silnie zbudowanych z bogatą podściółką tłuszczową, sprawa rozwojowa gruczołów wydzielających treść naskórka, może dojść do niezwykłéj siły. Lecz właśnie u takich to osób rybia łuska zupełnie się nie zdarza. Przeciwnie bowiem, zwykła ona występować u osób mizernych, których siły ustrojowe zostały wyczerpane przebytemi długotrwałemi zimnicami, gdzie wszystkie wydzieliny gruczołów skórnych są bardzo ograniczone, a warstwy wchodzące w skład formacyi skóry są do tego stopnia zcieńczałe i wyschłe, że nie podobna nawet przypuścić, ażeby ich fizyjologiczna czynność przekroczyć mogła zakreślone sobie granice. Prócz więc wpływu dziedzicznego, prócz tylko co wspomnianéj wydzieliny gruczołów skórnych, widocznie że istnieje jeszcze inna przyczyna sprzyjająca, jeżeli już nie wyłącznie powstawaniu tego stanu chorobowego, to bezwątpienia wpływająca na jego postać. Przyczyną zaś tą, pospieszam dodać, są pewne zwyczaje plemion albańskich: zaniedbywania zupełnie higijeny skóry, unikania kąpieli, a głównie tradycyjny zwyczaj ubierania się w odzież wełnianą, która raz wdziana bez względu na porę roku pozostaje zawsze tąż samą, spiętą, obcisłą i zmienianą zaledwie parę razy do roku. Przy istniejącéj więc skłonności dziedzicznéj w skutek powstrzymanego lub tylko utrudnionego przewiewu skóry, nagromadzanie się warstw naskórkowych bywa ułatwionem i rozmaitość odmian chorobowych wytłumaczoną.

Wszystkie uważane tu przypadki rybiéj łuski, tak na północy jak i południu Albanii, przedstawiały się w dwóch głównych formach białéj i brunatnéj. Przypadki jednakże uważane na południu przeważnie należały do téj ostatniéj formy i występowały głównie u mężczyzn, podczas gdy pośród Mirdytów formę brunatną spotykaliśmy u ich kobiet, zastępujących zwykle mężczyzn we wszystkich robotach tak domowych jak i polnych, forma zaś biała częściéj widzieć się dawała u dorastającéj męskiéj młodzieży. Tak u jednych jak i drugich zwykle cała powierzchnia skóry, a nawet twarz, była siedliskiem choroby. Przykładów zaś, gdzieby choroba ograniczała się do pewnych okolic ustroju, nie uważano. Co do czasu powstawania obu tych form nic stanowczego nie podobna podać. W okolicach Elbasanu i Beratu, po nędznych górskich osadach, dają się spotykać całe gromady dzieci, od najwcześniejszego okresu życia dotkniętych już tém cierpieniem. Daléj między Dibbrą i Prysrendem dzieci bywają oszczędzane i najliczniejszą ilość przypadków przedstawia młodzież od 14—20 roku życia. Idąc bardziéj na południe pośród mieszkańców Mecowa i Zagoria, w osadach dolnych w pobliżu Janiny, widzimy, że kobiety i niemowlęta dają największy kontyngens. Faktem zaś dość ciekawym jest, że dziewczęta od dziecięctwa dotknięte rybią łuską, w miarę zbliżania się do okresu czyszczeń miesięcznych stopniowo doświadczają polepszenia stanu powierzchni skórnych. Wtedyto łuski znacznie się zmniejszają, przechodzą w stan mączysty, z brunatnych stają się białawemi i taki stan zwykł trwać trzy do czterech miesięcy, po upływie których choroba powraca znowu do pierwotnego stanu, nie tracąc nigdy cechy pierwotnego rozwoju. U kobiet zaś znajdujących się w przejściowym okresie życia, rybia łuska ulega także powolnéj zmianie. Jeżeli należała do formy białéj i była mączystą, to wtedy traci te cechy; sprawa tworzenia się łusek zwykle bywa opóźnioną, a same tworzą dość wy-

datny pokład warstwowaty, dość gruby i suchy. W ogóle też można powiedzieć, że choroba ta nie oszczędzając żadnego wieku, jest jednak prawie nieznaną mieszkańcom większych tutejszych miast. Kilka jéj przypadków uważanych pośród Izraelitów zamieszkałych w Prewezie, lecz przybyłych z pobliskiéj okolicy, można uważać tylko jako wyjątkowe, tak że tylko wieśniacy, górale, pasterze trzód i zajmujący się hodowlą koni w pobliżu Beratu, dostarczają największéj ilości przypadków rybiéj łuski. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Nowsze piśmiennictwo psychijatryczne i sądowolekarskie

ocenił prof. Dr. **Blumenstok**.

II.

Prof. Dr. H. Neumann (we Wrocławiu): 1) Leitfaden der Psychiatrie f. Mediciner u. Juristen, Breslau 1883, in 8vo str. 143; 2) Katechismus d. gerichtl. Psychiatrie in Fragen u. Antworten, Breslau 1884, in 12o str. 70.

Sędziwy psychijatra wrocławski znów się odezwał; lat 9 temu, gdy z powodu procesu Kulmanna, owego nieszczęśliwego, który dopuścił się zamachu na osobie żelaznego kanclerza, zabrał głos w broszurze, z któréj w swoim czasie zdaliśmy sprawę (p. Przegląd Lek. 1875, Nr. 47), a przy któréj to sposobności zwróciliśmy uwagę na dziwne zapatrywania autora na pewne i ważne kwestyje sądowo-psychijatryczne. Obecnie mamy przed sobą dwie prace tego autora, napisane stylem potoczystym, prostym, dla każdego przystępnym, a sposób przedstawienia rzeczy dowodzi, że mamy do czynienia z autorem, który w długim zawodzie praktycznym samodzielny wyrobił sobie sąd, którego całą siłą głębokiego przekonania broni do upadłego.

Już w przedmowie do pierwszego dzieła autor przypomina nam Epimenidesa; zdaje nam się, że spał przez lat kilkadziesiąt a przebudziwszy się snuje daléj wątek urwany, tak jakby przez długi ten okres czasu nic nie było zaszło. Stoi on jeszcze na stanowisku, na którém nauka znajdowała się przed Griesingerem, przeciw któremu teraz—w 16 lat po jego śmierci — powstaje. Napaść ta niczém nieuzasadniona złe robi wrażenie, a jeżeli autor twierdzi, że dzieło Griesingera kupowano ale go nie czytano, to grubo się myli, bo nie ma autora nowszego, któryby na tém dziele się nie oparł i uznał je jako stanowiące ważną w nauce epokę, ale co większa odpisywano je nielitościwie, a znamy niejednego autora, który nabył pewnego rozgłosu tylko przez to, że zgrabnie dzieło Griesingera odpisał lub tłumaczył. Dziwi się autor, że dzieło to doczekało się kilku wydań, podczas gdy ogłoszony przez niego przed 24 laty podręcznik nie miał powodzenia; my się temu wcale nie dziwimy, skoro autor i obecnie jeszcze zapowiada, że głównem jego zadaniem jest, przywrócić duszy należne jéj prawa, że porzuca wszystkie klasyfikacyje chorób umysłowych, i że sam żadnego stósownego podziału podać nie umie; znaczy to innemi słowami, że i teraz jeszcze poszczególne formy chorób umysłowych poczytuje za okresy jednéj i téj saméj choroby; wszelkie nazwy chorób umysłowych pochodzą z odległéj starożytności, a pojęcia tych chorób według autora nie o wiele różnią się od pojęć, jakie o nich miano w starożytności; podstawa anatomiczna nie może posłużyć za podwalinę klasyfikacyi, a opierać się można jedynie na symptomatologii; nawet niedołęztwo porażenne nie stanowi dowodu, jakoby choroba umysłowa była identyczną z chorobą mózgu lub nawet kory mózgowéj. Skeptycyzm swój posuwa autor tak daleko, że wątpi o istnieniu pomięszania i niedołęztwa pierwotnego, katalepsyi, że ostréj krytyce poddaje naukę o obciążeniu organiczném i wpływie dziedziczności, słowem, że pociągnięciem pióra kreśli wszystkie zdobycze psychijatryi nowszéj, lecz na wzór wszystkich burzycieli pozostawia zgliszcza, nie stawiając nic nowego. Nie trudno odgadnąć, że autor i pod względem obchodzenia się z chorymi nie jest zwolennikiem systemu Conollego, owszem hasło jego opiewa: bez przymusu nie ma psychijatryi!

A jednak niechętnie rozstajemy się z książką, zawierającą tyle bluźnierstw przeciw obecnym pojęciom naukowym. Czytając ją otrzymujemy wrażenie, że mamy do czynienia z myślicielem, który pozostaje w opozycyi do nowszego kierunku psychijatryi, ale bądź co bądź z człowiekiem, który występuje za późno, ale w swoim czasie należał bezsprzecznie do najzdolniejszych zawodowców. Jeżeli widzimy, jak autor w obec alternatywy: Flourens albo Hitzig, pozostaje niezdecydowany, jak nie wierzy, jakoby choroba umysłowa była chorobą mózgu itd., nasuwa nam się mimowolnie myśl, że tak byliby pisali Hufeland, Heim lub Hildenbrand, gdyby do dziś dnia byli żyli i pozostali biernymi w obec przeobrażenia, którego dyjagnostyka lekarska doznała od czasów Laënneca i Skody. Że w dziełku Neumanna spotykamy się tu i owdzie z błyskami jenialnemi, dowodzi tylko, że przed 50 laty np. autor ten mógłby być ozdobą stanu i zawodu; szkoda więc, że tak późno występuje. Nie brak mu też na sarkazmie olśniewającym, ale w rzeczywistości nieuzasadnionym; tak np. występując przeciw atawizmowi twierdzi, że po ciotce można wprawdzie czasem dziedziczyć znaczny majątek, ale nigdy się nie dziedziczy choroby, ponieważ ciotka w niczém się nie przyczynia do spłodzenta siostrzeńca; epidemije umysłowe uważa jako choroby modne, w podobny sposób, jak za czasów Ludwika XIV stało się modą na dworze mieć fistułę rzyci, dlatego że król ją posiadał.

Pomimo że autor już w tém dziełku zamieścił dodatek, mieszczący w sobie uwagi policyjno i sądowo-psychijatryczne, ogłosił on nieco późniéj osobny „katechizm psychijatryi sądowéj“ ułożony w pytaniach i odpowiedziach. W podręczniku tym zastanawia się bardzo pobieżnie nad najważniejszemi kwestyjami cywilno- i karno-sądowemi, wymagającemi wyjaśnienia ze strony psychijatry sądowego. I tu obok niektórych uwag bardzo trafnych napotykamy zdania, co najmniéj przestarzałe, jak np. twierdzenie, że nie każde sprawdzone zboczenie umysłowe znosi poczytność człowieka, „bo w takim razie psychijatrzy nie mieliby prawa postępowania w drodze dyscyplinarnéj przeciw poszczególnym chorym natrętnym, burzliwym, niebezpiecznym.“ Postępowanie dyscyplinarne z obłąkanymi, to nie *lapsus calami*, bo autor dowodzi jego konieczności i tym sposobem najlepiéj stanowisko swoje sam określa. — W końcu dodaje autor 2 orzeczenia swoje sądowo-psychijatryczne, zapewne mające służyć za wzór; orzeczenia te już poprzednio były ogłoszone i nic szczególnego nie zawierają.

Dziełka omówione w historyi literatury znajdą miejsce, jako sumienna praca lekarza zdolnego, ale zacofanego; dla pokolenia obecnego korzyści nie przyniosą.

Prof. Adamkiewicz: **O ucisku i ściśliwości mózgu.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Zdaniem autora nie ulega więc watpliwości, że objawy wywołane metodą Leydenowską są tylko

wyrazem czystego podrażnienia mózgu, a nie wyrazem ucisku mózgowego.

Następnie zwrócił A. uwagę na stosunki krążenia krwi w mózgu w czasie zmniejszenia pojemności jamy czaszkowéj.

W celu sztucznego zmniejszenia pojemności jamy czaszkowéj wprowadzał A. przez otwór trepanacyjny między kość a oponę twardą kawałek blaszkownicy (*laminaria*), która nadzwyczaj łatwo pęcznieje. Jasną jest rzeczą, że metoda ta w zupełności swemu zadaniu odpowiedziała. Mierząc parcie krwi w tętnicy i żyle szyjnéj najprzód śród prawidłowych stosunków, a następnie przy zmniejszeniu pojemności jamy czaszkowéj za pomocą opisanéj metody, przekonal się autor, że zmniejszenie pojemności jamy czaszkowéj nie wywołuje nigdy podwyższenia parcia krwi w tętnicach a zmniejszenia tegoż w żyłach, co nastąpićby musiało, gdyby ognisko zmniejszające pojemność czaszki uciskało rzeczywiście naczynia mózgowe, jak to obecna nauka utrzymuje.

Otóż jak widzimy, z całego łańcucha wniosków, na których się dotychczasowa nauka o ucisku mózgu oparła, pozostało tylko jedno jeszcze nietknięte ogniwo. Rozchodzi się tu o rolę, jaką przypisują cieczy mózgordzeniowéj śród powstawania tak zwanego ucisku mózgu.

Aby rozstrzygnąć, czy ciśnienie cieczy mózgordzeniowéj podnosi się przy zmniejszeniu pojemności jamy czaszkowéj, starał się autor najprzód o zmierzenie parcia cieczy wśród prawidłowych stósunków. W tym celu mierzył A. parcie krwi w żyle szyjnéj, a skoro takowe osiągnęło stałą wartość, otwierał czaszkę zwierzęcia za pomocą trepanu, nacinał oponę twardą i wypuszczał ciecz mózgordzeniową. Przy tych doświadczeniach okazało się, że otwarcie opony twardéj nie ma najmniejszego prawie wpływu na parcie w żyle, a tém samém na krążenie krwi w mózgu, z czego wynika, że ciecz mózgordzeniowa posiadać musi w prawidłowych stosunkach parcie równające się mniéj więcéj parciu istniejącemu w naczyniach włosowatych mózgu. Gdyby bowiem ciecz mózgordzeniowa posiadała wyższe, a względnie niższe parcie, niż krew w naczyniach włosowatych, to w chwili otworzenia opony twardéj musiałyby się naczynia mózgu rozszerzyć, a względnie zwęzić, w skutek czego krążenie w mózgu musiałoby się odbywać w pierwszym razie w pomyślniejszych, a w drugim razie w niekorzystniejszych warunkach, a tém samém ciśnienie odpływającéj krwi w żyłach musiałoby się podwyższyć, względnie obniżyć.

Daléj okazało się, że nawet zmniejszenie pojemności jamy czaszkowéj nie wpływa na parcie krwi w żyle szyjnéj, co prowadzi do bardzo ważnego wniosku, że ciecz mózgordzeniowa nie zostaje nigdy wypartą przez ognisko śródczaszkowe i że jéj ciśnienie nigdy się nie zwiększa skutkiem zmniejszenia pojemności jamy czaszkowéj.

Jak widzimy, pod siłą krytyki wszystkie filary runęły, na których spoczywała dotychczasowa, na pozór tak misternie wypracowana, nauka o ucisku mózgu. Nic w tém dziwnego, wyszła ona bowiem z błędnego założenia, że masa nerwowa mózgu jest nieściśliwą.

Że masa nerwowa mózgu jest ściśliwą, wykazały niewątpliwie następujące doświadczenia, wykonane przez autora na zwierzętach. Włożywszy przez otwór trepanacyjny kawałek blaszkownicy między kość czaszkową a oponę twardą mózgu—i otworzywszy następnie po kilku godzinach lub dniach czaszkę, przekonał się autor, że napęczniałe ciało obce leżało wtłoczone w masę mózgową. Po ostrożném zaś wydobyciu blaszkownicy, widać było zawsze na dnie wgniecenia prawidłową, połyskującą oponę twardą, przez którą przezierał mózg zupełnie nienaruszony.

Powstanie wgniecenia w nienaruszonym mózgu dowodzi niezbicie, że mózg pod wpływem ucisku zmniejsza swą objętość, czyli innemi słowy, że mózg jest masą ściśliwą.

W sposób fizyczny możemy sobie wytłumaczyć ściśliwość tkanki nerwowéj bardzo łatwo, przypuściwszy, że ognisko śródczaszkowe wyciska z mózgu odpowiednią swéj objętości ilość wody tkaninowéj i cieczy wolno w komórkach się znajdującéj, a podczas gdy zmniejsza się objętość tkanki mózgowéj, opuszcza wyparta ciecz jamę czaszkową temi drogami, które łączą przestwory podpajęcze i komórki mózgu z naczyniami limfatycznemi i krwionośnemi głowy i szyi. Oprócz ściśliwości posiada mózg jeszcze drugą fizyczną własność, a mianowicie elastyczność. Mózg bowiem po oddaleniu ugniatającego ciała obcego odzyskuje napowrót swą pierwotną objętość, a dołek w pierwszéj chwili, po usunięciu ciała obcego, bardzo wyraźny i głęboki, wyrównywa się szybko. Tak ściśliwość jak i elastyczność mózgu posiadają pewne granice, które tém trudniéj przekroczone zostają, im powolniéj ucisk na mózg działa. Jeżeli ucisk działa tak silnie, że ściśliwość mózgu nie może mu sprostać, to następuje zniszczenie mózgu, a jeżeli ucisk przezwycięży tylko granice elastyczności mózgu, to mózg straci zdolność wyrównania swego wgniecenia po usunięciu ciała uciskającego, a w pierwocinach tkaninowych rozwiną się pewne histologiczne zmiany.

Zmiany anatomiczne występujące w tkance mózgowéj zależą głównie od tego, czy mózg zostawał pod działaniem ucisku przez krótki, czy przez długi czas. — Krótko trwająca kompresyja wywołuje w tkance mózgowéj tylko przekrwienie, podczas gdy ucisk przez dłuższy czas (przez kilka miesięcy lub rok) trwający sprowadza następujące nader ciekawe zmiany w mózgu:

1) Na oponę miękką działa ognisko śródczaszkowe drażniąco tylko, wzniecając zapalenia różnego stopnia począwszy od przekrwienia i emigracyi ciałek białych krwi, aż do wytworzenia się tkanki łącznéj, która jednak różni się od zwykłéj tkanki bliznowatéj wielką obfitością naczyń, wnikających w głąb tkanki mózgowéj.

2) Uciśniony obszar mózgu doznaje znacznego zmniejszenia swéj pojemności, tak, że szerokość przekroju wszystkich warstw, wchodzących w skład półkuli mózgowéj królika, wynosi zaledwie połowę téj szerokości, jaką posiada odpowiedni przekrój półkuli zdrowéj. Badanie drobnowidowe nie wykazuje w uciśnionéj tkance mózgowéj ani śladu zapalenia, lecz wybitny przerost tkanki nerwowéj, znamionujący się większą ilością komórek zwojowych gęsto obok siebie ułożonych i znaczniejszą obfitością naczyń. Ten przerost tkanki mózgowéj, powstały mimo zmniejszenia jéj objętości, a połączony ze zgęszczeniem tkaniny i jéj bogatszém unaczynieniem, nazwał autor przerostem kondensacyjnym. Ucisk działa w miejscu, w którém powstaje przerost kondensacyjny, w dwojaki sposób: po pierwsze czysto fizycznie, sprowadzając zmniejszenie objętości poszczególnych warstw półkuli, a powtóre drażniąco, wywołując powiększenie ilości komórek zwojowych i naczyń, potrzebnych do ich odżywienia.

3) W boczném otoczeniu ogniska śródczaszkowego, gdzie naturalnie blaszkownica nie uciska tkanki mózgowéj, lecz tylko ją drażni, uwidocznia się téż tylko wpływ dra-

żniący mianowicie rozrostem (hyperplazyją) tkanki nerwowéj, cechującym się znaczném wybujaniem i rozszerzeniem się warstw wchodzących w skład półkuli mózgowéj, przy którém to bujaniu najżywszy udział bierze warstwa trzecia kory mózgowéj, tak zwana warstwa ziarnista.

Przez poznanie przerostu kondenzacyjnego wytłumaczyć sobie dopiero możemy, dla czego wielkie nieraz ogniska śródczaszkowe powoli się rozwijające nie zdradzają się niczém za życia i przebiegają w sposób utajony.

Tyle co do anatomii uciśniętego obszaru mózgowego. Nie mniéj ważném jest zachowanie się uciśniętéj tkanki mózgowéj ze względu na jéj funkcyję. (Dok. nast.)

P. Guttmann: **O działaniu antipyrynu.**

Autor doświadczał antipyrynu w 27 przypadkach chorób gorączkowych a doświadczenia te okazały, że antipyryn w ilości 4 do 6 gramów zadanéj w 2 lub 3 dawkach obniża znacznie ciepłotę i to przynajmniéj na pięć godzin, a w kilku przypadkach ciepłota podniosła się do pierwotnéj wysokości dopiero w 18 godzin. Lecz i w mniejszych dawkach od grama począwszy w górę działa antipyryn skutecznie, choć mniéj trwale, natomiast zadawany w dawce półgramowéj, choćby kilkanaście razy powtórzonéj, nie ma żadnego wpływu na gorączkę.

Równocześnie z opadaniem ciepłoty zmniejsza się także częstość tętna. Z przypadów ubocznych zaledwie parę razy wystąpiły wymioty i nie tylko dorośli ale i dzieci znoszą ten środek dobrze. Nigdy téż nie zauważył autor, żeby w okresie ponownego wznoszenia się ciepłoty wystąpiły dreszcze; i to już nadaje antipyrynowi pierwszeństwo przed kairynem.

Jak się z tego okazuje, działanie antipyrynu jest analogiczne do działania chininu, tylko że do osiągnięcia tego samego skutku potrzeba przynajmniéj podwójnéj dawki antipyrynu, ale téż środek ten jest prawie o połowę tańszy od chininu. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 20, 1884). *Dr. Otto.*

Wiadomości pomniejsze.

W ostatnim numerze *Abeille médicale* Nr. 14 b. r. znajpuję bardzo ciekawy sposób **znieczulenia za pomocą lotnika** podany przez p. Daniela Mollière, przełożonego szpitala Hôtel-Dieu w Lyonie. Mollière przyznaje, że myśl tego sposobu znieczulenia nasunął mu Dr. Aksel Yverson z Kopenhagi. Postępowanie przy tém znieczuleniu jest następujące: do naczynia zawierającego wodę ogrzaną do mniéj więcéj 50°C. wstawia się flaszeczkę z eterem i flaszeczkę tę łączy się za pomocą rury kauczukowéj grubości palca z prostnicą pacyjenta; para lotnika wchodzi do przewodu pokarmowego i sprowadza narkozę zupełną i spokojną w bardzo krótkim czasie i po zużyciu bardzo małéj ilości eteru. M. podaje tymczasowo pięć przypadków własnych znieczulenia przez odbytnicę z bardzo dobrym skutkiem; o ile sposób rzeczony zasługuje na gorące pochwały. podane przez M. we wzmiankowanym dzienniku, o tém orzekną wkrótce po doświadczeniach kompetentni sędziowie. Przy téj sposobności pozwoliłbym sobie zwrócić uwagę na wprowadzanie pary lotnika przez odbytnicę w niedrożnościach przewodu pokarmowego, bo że eter skraplany zewnętrznie na powłokach brzusznych czasem bardzo dobrze skutkuje w razach niedrożności, o tém pewnie każdy lekarz mógł się przekonać; zimno ulatniającego się eteru samo nie działa gdyż pęcherz z lodem tego skutku nie wywiera.

Dr. Grünhaut (w Sanoku).

Nacierania tłuszczem dzieci gorączkujących. Dziwne sposoby leczenia niekoniecznie muszą być złemi. Sposób Dra Bouchuta polegający na nacieraniu tłuszczem całéj powierzchni skóry w ostrych chorobach gorączkowych u dzieci w celu obniżenia ciepłoty należy do takich. B. podaje co do tych nacierań, iż nastaje po nich okres, w którym chorzy czują uczucie dogody i spokoju, gdy równocześnie ma miejsce określone, choć nie wielkie, obniżenie ciepłoty ciała. Obniżenie się o $^1/_2$°C. zazwyczaj spostrzedz można ale czasem spostrzegano téż i obniżenie o 2°C. Po tém początkowém obniżeniu ciepłota utrzymuje się w jednakim stanie przez czas jakiś, poczém dosięga znów pierwotnéj wysokości w mniéj lub więcéj $2^1/_2$—3 godzin po nacieraniu. Żadnych złych następstw nie obserwowano po tém leczeniu a nawet białkomocz i surowicze zapalenia miały być nadzwyczaj rzadkiemi w przypadkach płonicy w ten sposób leczonych. Rozumie się, że nie ma tu mowy o systematycznych smarowaniach powierzchni skóry tłuszczem w czasie okresu łuszczenia się po płonicy, chociaż pod względem patologicznym pewien związek między niemi zachodzić może. (*The Lancet*, 1884, I, Nr. 9).

Grabowski.

Ω Neuber poleca w *Fortschritt. d. Med.* 1884. 4. gorące **wstrzykiwanie podskórne kwasu nadosmowego w przypadkach uporczywych nerwic.** Używa on 1% rozczynu wodnego, z czego wstrzykuje dziennie 4—6 kropli.

Ω Ciancop (*Memorabilien*) 1883) poleca **przeciw nieżytowi pęcherza Kalium bromatum** w dawce 0,50—3,00 dziennie. Środek ten ma bardzo skutecznie działać.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

X. Posiedzenie zwyczajne Tow lek. krak. z dnia 11 czerwca 1884.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 20.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Przewodniczący oddaje w krótkiém przemówieniu cześć zasługom śp. Józefa Trauczyńskiego, tutejszego aptekarza członka czynnego Tow. lek. krak., zmarłego w Krakowie d. 30 maja r. 1884, poczém Zgromadzenie wyraża przez powstanie cześć jego pamięci.

3. Prof. Dr. Rostafiński mówi o dzisiejszym stanie nauki o bakteryjach i jéj stosunku do medycyny.

Prelegent rozpoczął wykład od zaznaczenia, że uczeni są różnego zdania co do ilości gatunków bakteryj. Jedni przyjmują ich bardzo wiele, inni przeciwnie są zdania, że gatunków jest mało, tylko że jeden i ten sam w różnych warunkach bytu może różnie się rozwijać i przechodzić w formy brane niewłaściwie za odrębne gatunki. Oświadczył, że co do zapatrywania zbliża się do pierwszego szeregu. Wprawdzie wielkość komórek rostowych bakteryj musi ulegać wielkim zmianom, ale tak bywa u pokrewnych bakteryjom wodorostów sinych, ale postać zarodnika, sposób jego kiełkowania, grupowanie się w skupienia rostowe zawsze są stałe. Kolejny rozwój różnych gatunków bakteryj w tém samém skupieniu w miarę jak zostaje chemicznie zmieniony przez proces życia jednego gatunku jest główną przyczyną błędnego zapatrywania się niektórych uczonych na tę kwestyję. Jako przykład objaśniający tę kwestyję podał prelegent w krótkich słowach historyję rozwoju bakteryi sianowéj i karbunkułowéj. Mówił następnie o postaciach skupień (*Zoogloea*), w jakich bakteryje występują, pływakach czyli ruchliwego stanu i zarodnikach. Przeszedł potém do składu chemicznego ich błon i ich plasmy. Potém wyłożył sposób ich żywienia się i oddechania, położył nacisk na wytworzenie przez nich rozczynów (*fermentum*). Mówił daléj o ich życiu bierném i utajoném, o wpływach zewnętrznych czynników jak tlenu, ciepła, światła, elektryczności i chemizmu.

Tak wyłożywszy obecny stan nauki o bakteryjach, zaznaczył, że to co wiemy o wpływie zarazków i miazmatów na żywe organizmy jest zaledwie wstępem do prawdziwie umiejętnych badań na tém polu. Chcąc skutecznie działać leczniczo przeciw bakteryjom, trzeba poznać fizyjologiję każdego zaraźliwego gatunku przez jego hodowlę w innym jak człowiek środku. Następnie trzeba będzie poznać fizyjologiję tkanek. Ta ostatnia nauka ma teraz największą w medycynie przyszłość. Anatomija patologiczna dała to, co dać mogła, to jest podstawę do umiejętnéj chirurgii. Terapija zaś chorób, zwłaszcza tych, którym bakteryje powód dają, dopiero wtedy powstanie, gdy fizyjologiczne procesy różnych tkanek życia bakteryj zaraźliwych poza organizmem i ich rozwój w organiźmie zostaną najdokładniéj poznane.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Szymkiewicz.

VII. Cholera w Egipcie r. 1883.

Napisał Dr. K. Kłodzianowski.
Delegat i lekarz sanitarny ces. i król. Austryi i Węgier przy Radzie międzynarodowéj sanit. kwarant. w Egipcie.

(Rzecz czytana na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Pierwszy przypadek został zawleczony z Mansury, jest on o tyle ciekawy, że dowodzi, iż człowiek mający tylko prostą biegunkę choleryczną, może cholerę przenieść i że przypadki ztąd powstałe mogą być śmiertelne. Greczynka, u któréj chory ten mieszkał, po kilku dniach dostała cholery i w kilka godzin umarła. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie. Kilku mieszkańców tego domu przeniesionych do lazaretu tamże na cholerę zachorowało. Zakażenie to nie miało żadnych skutków w mieście.

Epidemija w Aleksandryi rozpoczęła się dopiero 6go sierpnia i mojém zdaniem zawleczoną została przez towary pochodzące z wewnątrz kraju. Podczas gdy komunikacyja osób przerwaną została, towary po dawnemu wciąż przychodziły do Aleksandryi. Najpierwsi zachorowali robotnicy, którzy mieli do czynienia w składach z towarami, jakotéż urzędnicy w tychże składach zatrudnieni. Zaraz pierwszego dnia umarło 9 osób. Od tego dnia cholera wzmagała się aż do 18 sierpnia, w którym dniu ilość ofiar doszła do 50 i zaczęła się stopniowo zmniejszać od 7go września tak, iż tylko pojedyncze przypadki ukazywały się aż do grudnia. Ogółem umarło w Aleksandryi do 1.000 osób z cholery na ludność 250.000, co w porównaniu z epidemiją w r. 1865 stanowi bardzo małą liczbę, gdyż wówczas 4.018 osób padło ofiarą epidemii.

Takie ograniczenie epidemii przypisuję odosobnieniu i dezinfekcyi, byłaby téż ona, mojém zdaniem, wcale się nie rozwinęła, gdyby odosobnienie miasta było zupełném. Wina długiego trwania cholery w Aleksandryi spada na Rząd, który przez oszczędność i w skutek intryg usunął komisyję i zawiesił wszelkie środki ostrożności. Skutkiem tego epidemija wzmogła się późniéj i zmusiła Rząd do zaprowadzenia na nowo dezinfekcyi, która jednakże niedołężnie była wykonywaną. Rezultat zabiegów komisyi sanitarnéj był niewątpliwie bardzo pomyślny, byłby on zupełnym, gdyby z jednéj strony administracyje rządowe przez zadrość i nienawiść, z drugiéj strony lud przez fanatyzm nie stawiał nam ciągłych przeszkód. Lud rozjątrzony rozsiewanemi pomiędzy nim wieściami, jakoby lekarze europejscy truli Arabów, rzucił się i zdobył gwałtem jeden z ambulansów. Tenże sam los czekał i inne, gdyby nie były od téj chwili strzeżone przez wojsko.

Odosobnienie i zamknięcie miast jest jednym z najskuteczniejszych środków zapobieżenia cholerze, tego dowodzi po części nietylko Aleksandryja, która po zbombardowaniu znajdowała się w tak opłakanym stanie higijenicznym lecz i inne miasta, które albo się same odosobniły, jak Port-Said, albo takie, które same przez się zostawały w nieznacznéj tylko lub prawie żadnéj komunikacyi osobowéj i handlowéj z resztą kraju, jak Ismailia i Suez.

Dla zapobieżenia epidemii odosobnienie powinno być połączone z dezinfekcyją. Przekonaliśmy się o tém nietylko na miastach całych lecz i na grupach domów i pojedynczych domach; tam bowiem, gdzie po zjawieniu się przypadku cholery dezinfekcyja została natychmiast przeprowadzoną, w tym domu nikt już potém nie zachorował i przeciwnie, tam gdzie się dezinfekcyi zaniedbało, ludzie chorowali jeden po drugim. Gwałtowność epidemii zostaje w prostym stosunku do stanu higijenicznego miejscowości.

Jednym z najlepszych środków przerwania rozwiniętéj epidemii cholerycznéj jest przeniesienie mieszkańców z miejsca zakażonego na inne, chociaż nie zbyt odległe, t. j. o 1 lub 2 kilometry. Środek ten od dawna praktykowany w armii angielskiéj w Indyjach, zastosowany był w Kairze i Aleksandryi u ludności mięszanéj i w złych stosunkach higijenicznych. Od r. 1881 jestto jedyny środek używany w naszym obozie kwarantanowym w El Wysz i Tor między pielgrzymami i zawsze z pomyślnym skutkiem. Oddalenie tam nie dosięga kilometra. Jestto dostatecznym dowodem, że powietrze w przenoszeniu cholery małą odgrywa rolę. Rezultat moich spostrzeżeń jest ten, że tylko dobrze prowadzone kwarantany mogą ocalić kraj od cholery. Kwarantany straciły u wielu mir, jednakowoż nie słusznie, pochodzi to ztąd, że nieprzyjaciele kwarantan myśleli, że w każdym kraju kwarantany odbywają się wzorowym porządkiem, tak jednakowoż nie jest, nie kwarantany ale sposób wykonania trzeba obwiniać. W tym względzie porobiono postępy, ale są jeszcze znaczne braki. Inspekcyje, które chciano zaprowadzić w miejsce kwarantan, są w zatokach Morza śródziemnego niemożliwemi i miałyby rezultat jak najsmutniejszy.

Jak wyżéj wskazałem okręty przychodzące z Indyj dopiero w Suez podpadają kontroli, zatém dopiero port o 15 dni od Suezu oddalony może zaprowadzić inspekcyje. Tak postępują Anglicy; w Anglii, gdzie pierwsza zatoka o 15 dni od Suezu jest oddalona, zaprowadzili inspekcyje, na Malcie i Cyprze najsroższe kwarantany, w roku zeszłym nie przyjmowano wcale okrętów pochodzących z Egiptu.

Pozostaje mi jeszcze powiedzieć kilka słów o terapii. Co się tyczy symptomatologii nic nowego w téj epidemii nie uważaliśmy. Różnica między pojedynczemi przypadkami polega tylko na szybkości przebiegu okresów i ich gwałtowności. Przyczyną tego jest, zdaje się, z jednéj strony wielkość zakażenia, łatwość przyjmowania i oporność organizmu z drugiéj strony. U słabych i słabowitych przebieg był zawsze bardzo gwałtowny i kończył się śmiercią. W gwałtownie przebiegających przypadkach wszystkie okresy tak szybko po sobie następują, że prawie się mięszają. Reakcyja jest dwojaką: prawidłową, t. j. powrócenie do stanu prawidłowego wszystkich czynności, albo nieprawidłową, tak zwaną tyfusową, z gorączką do tyfusu podobną, coby o zakażeniu krwi świadczyć mogło. Reakcyja przychodzi u zdrowych ludzi i przy słabszém zakażeniu samodzielnie, bez żadnych nawet leków, co tu bardzo często uważałem. Przedewszystkiém słabe i słabowite, źle odżywione osoby podpa-

dają najłatwiéj zakażeniu i u tych prawie zawsze choroba śmiercią się kończy.

W ogóle można było w téj epidemii wyróżnić trojakie przypadki cholery.

Pierwsze, najmniéj liczne, byłyto przypadki gwałtowne u ludzi słabych i słabowitych, u których nie było czasu na ratunek i te kończą się zawsze śmiercią.

Drugie, mniéj gwałtowne u ludzi silnych i z odstępami między okresami pojedynczemi, dające czas do leczenia, z tych wyzdrowiało 60%.

Trzecie, były przypadki lekkie, których było najwięcéj, wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem. Objawy ciekawe, które uważałem przed śmiercią, o których mało kto wspomina, są: w jednych przypadkach oddychanie jest regularne, jednocześnie bicie serca pomału słabnie, w drugich wprost przeciwnie, oddychanie pomału ustawało, gdy bicie serca było wciąż prawidłowém.

Na polu terapii nie mamy prawie żadnych nowych odkryć. Kwasy mają zdaje się jakiś specyjalny wpływ na cholerę, chociaż racyjonalnie objaśnić sobie tego działania nie możemy. Używaliśmy przedewszystkiém kwasu cytrynowego, najczęściéj w postaci świeżego soku z cytryn, który w świeżych przypadkach nader skutecznym się okazał, womity ustawały szybko, tak iż częstokroć inny środek był zbytecznym. Przeciw biegunce używaliśmy z dobrym skutkiem bismutu samego albo z makowcem. W stanie martwiczym masowanie energiczne ogólne jest niezbędném, samo ogrzewanie jest niedostateczném.

W tym samym czasie i równocześnie zaskórne wstrzykiwania eteru i kamfory okazały się skutecznemi. W wielu przypadkach cholerę poprzedza biegunka, którą trzeba jak najenergiczniéj pokonać na razie, gdyż inaczéj przemienia się zwykle w gwałtowną i zupełną cholerę.

Muszę tutaj zakończyć wzmianką o odkryciu naszego rodaka, które jest mało znaném. W r. 1871 Dr. Edward Niedźwiecki w Jarosławiu rosyjskim robił poszukiwania mikroskopowe na cholerycznych i znalazł prątek podobny do przecinka, nietylko we wnętrznościach, ale także we krwi i moczu. Hodował go i robił na nim różne próby działania różnych środków leczniczych. Przy tych próbach okazało się, że kwasy, mianowicie kwas solny i garbniki, chloroform, opium, *Aq. chlori* niszczą ten prątek. Sąto środki, które się skutecznemi okazały w leczeniu cholery. Broszura, która opisuje dokładnie badania Dra Niedźwieckiego, wyszła w języku niemieckim w Lipsku w r. 1874.

VIII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Sprawozdanie Dra **Kwaśnickiego.**

II.

D. 2 czerwca o godzinie 9 rano udali się członkowie Zjazdu do katedry, dla wysłuchania mszy św. w kaplicy królewskiéj. Kościół katedralny założył Mieczysław I. r. 966, obecna budowa téj świątyni datuje z drugiéj połowy zeszłego stulecia. Ozdobą kościoła są kaplice i pamiątki narodowe; tu spoczywają zwłoki Mieczysława I, Bolesława Chrobrego, Mieczysława II, Kazimierza Mnicha, Przemysława I i II. Szczątki dwóch pierwszych zostały umieszczone w osobnéj kaplicy, zwanéj królewską, ozdobionéj w dzieła sztuki staraniem i kosztem Edw. Raczyńskiego; obok płócien pędzla Suchodolskiego i Brzozowskiego stoją w kaplicy piękne posągi obu królów, dłuta słynnego Raucha w Berlinie. Świątynia obfituje w wielką ilość pamiątek, szczególnie po biskupach poznańskich; z stanu świeckiego, oprócz królów ma tu swoje pomniki sławna rodzina wielkopolska Górków.

O godzinie 11 zgromadziliśmy się na I Ogólne zgromadzenie w teatrze polskim, nadającym się doskonale do tego rodzaju uroczystości. Zanim przystąpię do sprawozdania z tego posiedzenia, winienem zaznaczyć, że przemówienia i odczyty podam tylko w krótkiém streszczeniu. Zjazd poznański obok swego Dziennika miał tylu sprawozdawców, czasopisma polityczne podały tak dokładne opisy i sprawozdania, że nie chcąc zabierać niepotrzebnie wiele miejsca na rzeczy już znane, postanowiłem uwydatnić tylko rdzenne i zasadnicze myśli mowców.

Posiedzenie zagaił Przewodniczący Wydziału gospodarczego Dr. W i c h e r k i e w i c z: mowca powitał gorącemi wyrazami przybywających do grodu Przemysława, prastaréj kolebki wielkopolskiéj; namienił, że już dwukrotnie (r. 1870 i 1871) Poznań był wybierany na miejsce zjazdu, lecz od nas niezależne okoliczności plan ten zniweczyły; dziś dopiero długoletnie życzenia urzeczywistniły się, pierś podnosi radosne uczucie, że mimo tylu przeciwieństw, spowodowanych przeważnie politycznemi względami, udało się nakoniec zgromadzić w imie polskiéj nauki, do wspólnéj pokojowéj pracy, braci rozłączonych ciężkiém zrządzeniem losu. Nie knowania polityczne, ale szlachetna dążność współzawodnictwa, chęć niedania się wyprzedzić innym, na czele oświaty kroczącym narodom, zgromadziła wspaniały zastęp ludzi uczonych lub nauki chciwych. Jest jeszcze inny powód, że dni te zapiszą się złotemi literami w pamięci i sercu Wielkopolan: obok swoich przybyli ukochani bracia Czesi; stawając z nami do wymiany pojęć, do rozbudzenia życia naukowego, do przysporzenia chwały słowiańskiéj myśli, dali nam pobratymcy dowód drogocennych uczuć; te same uczucia żywiąc dla narodu czeskiego, sercem za serce odpłacamy, a wdzięczność Wielkopolan jest tym większą, że pielgrzymkę tę podjęli Czesi tylko z poczucia rodowéj łączności, równéj doli i wiary w przyszłość. Ten sam promień oświaty, podsycany tą samą wiarą, rozjaśniał ścieżki dziejowe Czechów i Polaków; to téż obok powinowactwa krwi zachodzi między oboma narodami powinowactwo duchowe, ułatwiające obustronne zrozumienie się; węzły te w interesie prawdziwéj cywilizacyi słowiańskiéj należy nam ścieśniać i wzmacniać, do czego zjazdy podają nam doskonałą sposobność. O ważności zjazdów naszych w ogólności, a szczególnie obecnego, wszyscy jesteśmy głęboko przekonani; gdy sytuacyja polityczna krępuje swobodny rozwój nauki narodowéj, stają się zjazdy ogniskiem, z którego rozchodzić się powinny promienie narodowéj wiedzy i jednolitéj naukowéj dążności. Szereg zapowiedzianych odczytów streszcza w sobie to wszystko, co w chwili obecnéj zajmować może lekarza i przyrodnika, więc co do części naukowéj, jesteśmy pewni jéj zupełnego powodzenia; czy atoli podołamy was godnie przyjąć i rozerwać, tego przesądzać dziś nie możemy, bo chociaż chęci nasze są najgorętsze, to chata, acz rada, ale nie dość bogata. Ogłaszając Zjazd otwartym zakończył mowca słowami księcia naszych poetów, Jana z Czarnolasu:

„Służmy poczciwéj sławie, a jako kto może,
„Niech ku pożytkowi dobra wspólnego pomoże.“

Przemówienie Dra W i c h e r k i e w i c z a wypowiedziane głosem pełnym męskiéj siły i w całéj sali dobrze słyszalnym, zrobiło najlepsze wrażenie, z jednéj strony powaga tonu i powaga myśli, z drugiéj doskonale uchwycona miara zwro-

tów lirycznych, nadały całemu posiedzeniu piętno właściwe polskim Zjazdom, uroczysty i podniosły nastrój ducha nie opuszczały zgromadzonych.

Po Dr. Wicherkiewiczu zabrał głos pan Krzyżanowski, najstarszy wiekiem z obywateli polskich m. Poznania, któremu przypadło powitać przybyłych w imieniu obywateli miasta. P. Krzyżanowski to postać z opowiadań Pola lub Chodźki: typ polski, przyodziany w szaty polskiego kroju, z wzruszeniem i rzewnością tłumaczył, dla czego on, a nie zwyczajem przodków gospodarz miasta, burmistrz, powitał gości. W głosie drżącym sędziwego mowcy czuć było skargę na zmienny los, który zrządził, że na ratuszu Przemysława burmistrzuje obcy, a nieżyczliwy nam żywioł.

Z kolei Dr. Wicherkiewicz zaproponował imieniem Wydziału gospodarczego wybór prezydyjum Zjazdu, a mianowicie: na przewodniczącego prof. Dra Szokalskiego, na wiceprezesów: Dra Majera, Prezesa Akademii Umiejętn. w Krakowie, prof. Janovskiego z Pragi, prof. Rydla z Krakowa, prof. Maixnera z Pragi, prof. Dybowskiego ze Lwowa, hr. A. Cieszkowskiego, radcę Dra Mateckiego i Dra Żulińskiego; na sekretarzy: Dra Bajkowskiego z Kijowa, Dra Schramma z Krakowa i Dra Reichmanna z Warszawy. Zgromadzenie przez aklamacyję przyjęło propozycyję Wydziału gospodarczego. Wśród oklasków zajął prof. Szokalski krzesło prezydyjalne, a podziękowawszy za wybór, złożył chwilowo przewodnictwo w ręce prezesa Majera, i wstąpił na mownicę dla wygłoszenia wykładu: O badaniu i obserwacyi przyrodniczéj porównawczo u nas i w innych krajach.

Na wstępie zaznaczył mowca, że na obecném stanowisku nauka lekarska tak została oskrzydloną przez wiedzę przyrodniczą, że stała się przyrodoznawstwem zastósowaném do utrzymania zdrowia i zwalczania choroby. Przyrodoznawstwo polega na spostrzeganiu, które w wyższym rozwoju staje się poszukiwaniem, i dla tego rozdzielamy nauki przyrodnicze na obserwacyjne i spekulacyjne. Określiwszy czém jest obserwacyja położył prelegent nacisk, że musi ona u każdego człowieka nosić piętno indywidualności, które znowu zbiorowo u każdego narodu przybiera odpowiednią jego charakterowi cechę. Z wielkiém powodzeniem i bystrością umysłu określa mowca cechy właściwe obserwacyi niemieckiéj, francuskiéj, angielskiéj i zaznacza, że włoska ma najmniéj jednostronności, jest trafną, chociaż niebłyskotliwą i najwięcéj do polskiego pojęcia zastósowaną. Byłoby zawcześnie określać cechy polskiéj obserwacyi, gdyż nie uwydatniła się ona jeszcze należycie i nie pozyskała samodzielności. Dla przekonania słuchaczów o prawdzie tego ostatniego twierdzenia, prof. Szokalski wyjaśnia, jaką drogą każdy naród wzbogaca swą obserwacyję i to od początków swego osiedlenia się i zorganizowania się, w jaki sposób spostrzeżenia przyrody, odnoszące się do pierwszych potrzeb życia zamieniają się z biegiem czasu na przyrodoznawstwo. Każdy naród jest w stanie wykazać ludzi, którzy w wczesnéj dobie dziejowéj już byli spostrzegaczami genijalnymi; pomimo wielkiego zasobu przyrodniczéj wiedzy, nabytéj spostrzeganiem, u naszego ludu, nie odkrywano u nas tych samorodnych genijuszów, nic téż dziwnego, że pierwsze nasze dzieła przyrodnicze (herbarze) są tylko tłumaczeniem z obcych języków; nawet epoka Zygmuntowska nie posunęła téj sprawy naprzód i dopiero za Stanisława Augusta obudziło się w nas samopoznanie i dowiedzieliśmy się o olbrzymiéj przepaści, jaka dzieli naszą wiedzę od tego, co w świecie naukowym już zdziałano. Lecz i w tym okresie odrodzenia więcéj starano się przyswoić obcéj nauki, aniżeli badano przyrodę, stanęło wielu uczonych, badaczy nie było, a jeśli się znalazł taki Jędrzéj Śniadecki, w kraju go nie zrozumiano. Samodzielność naukowa datuje dopiero od najnowszych czasów, od założenia Akademii Umiejętności w Krakowie i Szkoły głównéj w Warszawie; namacalny dowód tego jest wyparowanie obcych żywiołów z praktyki lekarskiéj i poszukiwanie polskich lekarzy nawet za granicą. Dzięki badaniom przyrodników naszych, czytamy sami bez pomocy w wielkiéj księdze przyrody, dla zbadania kraju własnego powstały przyrodnicze kółka. Fizyjografija krajowa zajęła wszystkie umysły i wydała cenne owoce; poszukiwania archeologiczne zaprzątają nawet umysły ziemian, a jak w polityce nie rachujemy na obce pomoce, tak w dążeniach intelektualnych nie spuszczamy się na obce rozumy. To poczucie samodzielności wkłada na nasze Zjazdy następujące obowiązki: 1) Rozwijać w sobie samych samodzielną siłę przyrodniczego badania, 2) połączyć przyrodniczą wiedzę ze skarbem obserwacyjnym, jaki spoczywa w ludzie naszym, 3) rozwijać w dorastającém pokoleniu zmysł obserwacyjny i przygotować je na przyszłe, dla społeczeństwa naszego usługi.

Po przemówieniu prof. Szokalskiego nastąpił odczyt Dra Krówczyńskiego: O wpływie oddziedziczania na życie indywidualne i narodowe. Odkrycia w dziedzinie przyrodoznawstwa ostatniego czasu tak zmieniły poglądy na świat i przyrodę, że oddziałały potężnie i na człowieka. Upewnienie się o istnieniu niezmiennych praw przyrody dało człowiekowi pochop i myśl do wyzyskania tych praw na własną korzyść. Daleko jednak do tego, ażebyśmy potrafili wszystko wyjaśnić, znamy wiele zjawisk, których przyrody zgłębić nie zdołaliśmy, a do takich należy odziedziczanie. Określiwszy definicyję odziedziczania i wykazawszy dwojaki a przeciwny sobie wpływ odziedziczania na człowieka, zachowawczy i postępowy, wypowiada mowca swój sposób pojmowania istoty oddziedziczania, jako przenoszenie materyjalnych cząstek z rodziców na potomstwo, nawet w tych okolicznościach, kiedy jest mowa o dziedziczeniu własności duchowych, ściśle ostatecznie złączonych z materyją. Mowca przyznaje systemowi nerwowemu wielki wpływ na oddziedziczanie, i przytacza dowody z dziedziny patologii. Zastanawiając się nad sposobem nabywania własności zupełnie nowych, Dr. Kr. usiłuje niejako uzmysłowić ten akt psychiczny, przedstawiając dla przykładu proces rozwijania się zdolności rachowania, i widzi tu proste wyćwiczenie odziedziczonéj po rodzicach zdolności nabywania. W nabywaniu niewątpliwie pośredniczy system nerwowy; zmiany zaszłe w nim przenoszą się na potomstwo jako osobna zdolność, którą wychowawcze ćwiczenie ma urobić i wydoskonalić. W dalszym ciągu prelegent przytacza kilka sławnych rodzin, w których pewna zdolność niepospolita stanowiła przymiot rodowy. Przeświadczywszy się więc o istnieniu odziedziczania, można tę prawdę stwierdzić tak na zdrowych jak i patologicznych organizmach; a jeśli ta zasada jest niezbitą dla jednego człowieka, to również jest prawdziwą dla rodziny i dla téj zbiorowéj jednostki, którą jest naród; dałyby się przytoczyć całe plemiona i rasy, które znikły z widowni świata dla tego, że zabrakło im warunków do dalszego nabywania, w skutek odziedziczania i rozwijania tylko ujemnych własności przodków; a jeśli organizm dziecka osłabionego i chorowitego staramy się wzmocnić przez odpowiednie ćwiczenia, ażeby odziedziczone patologiczne własności zró-

wnoważyć rozwinięciem stron dodatnich ustroju, tak przenosząc tę zasadę z jednego organizmu na złożony organizm narodu, mamy wytkniętą drogę co czynić należy, ażeby dla dobra społecznego i lepszéj przyszłości rozwinąć i wypielęgnować fizyczne i duchowe cnoty obywatelskie. Lecz ogół narodu nieświadom tych praw, znają je ci, co są jak mówi Skarga „rozum i głowy“ narodu, na nich więc ciąży obowiązek podjęcia tego wielkiego dzieła wychowawczego, i tylko takie odrodzenie jest w stanie zamienić w ciało słowa owego marszu, które są hasłem naszém.

Odczyt Dra Krówczyńskiego traci na skróceniu; wywołał on silne wzruszenie, które odbiło się w hucznych i przeciągłych oklaskach.

Trzeci odczyt z kolei miał pan L. Syroczyński, inżynier Wydziału krajowego we Lwowie: Geologiczne badania głębszych warstw ziemi. Jasnych i zajmujących wywodów prelegenta słuchano z wielkiém zajęciem. Żałujemy, że pracy téj nie możemy umieścić w dzienniku ściśle lekarskim, jakim jest Przegląd.

Po skończeniu odczytów przemawiali prażcy profesorowie: Janovsky i Maixner: przemówienia te, w których wyższe poglądy równoważyły się z serdecznością braterską, publiczność przyjęła z zapałem.

Z kolei uzasadnił doc. Dr. Jaworski swój wniosek, w sprawie założenia czasopisma wyłącznie dla prac czysto doświadczalnych w zakresie wszystkich nauk lekarskich a równocześnie i organu Zjazdów przyrodników i lekarzy polskich. Na wniosek profesorów Rostafińskiego i Blumenstoka wniosek Dra Jaworskiego przekazano Sekcyi medycyny wewnętrznéj.

Następnie odczytano 79 telegramów (z tych 53 z Czech) i 8 listów.

Wreszcie uchwalono, ażeby V Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbył się w Warszawie, a ewentualnie we Lwowie.

Na tém posiedzenie zakończono. (C. d. n.)

IX. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Smutną nowinę otrzymujemy z Francyi. Cholera wybuchła w Tulonie: Dr. Fauvel twierdzi, że ona powstała na miejscu w skutek niepomyślnych stosunków higijenicznych, a prof. Brouardel umyślnie przez Rząd delegowany na miejsce miał sprawdzić, że choroba jest sporadyczną. Tym sposobem Rząd francuski chce uspokoić mieszkańców i zapewne oświadczenie to wywrze wpływ korzystny. Jednak tu rozchodzi się o sprawdzenie, czy choroba jest cholerą azyjatycką lub nie; w ostatnim razie mniejsza o jéj wystąpienie sporadyczne lub epidemiczne, w pierwszym zaś nie mogła powstać na miejscu, lecz zawleczoną została z Indyj, a w tym razie grozi całéj Europie niebezpieczeństwo, jeżeli się nie uda Rządowi francuskiemu zlokalizować zarazy przez szybkie urządzenie i energiczne przeprowadzenie kwarantany.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,8 Z ospy umarło 1 (3 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.): z błonicy 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z róży 1 (3 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże tygodniu o 1 przypadku ospy, 2 płonicy, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 1—7 czerwca umarło skutkiem ospy w Londynie 40, świeżo zapadło 174, leczyło się w szpitalach 1166. W Brukseli, Birmingham, Wenecyi, Maladze, Murcyi, Saragosie, Lizbonie umarło po 1 z ospy, w Odesie 2, w Liwerpolu i Warszawie po 3, w Budapeszcie 4, w Petersburgu 9, w Turynie i Bombayu po 10, w Nowym Orleanie 11, w Pradze 14, w Madrasie 271. W Zurychu umarło z tyfusu 5, w Genewie 2. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu, Maladze, Murcyi po 1, w Granadzie 2. Z cholery umarło w Bombayu od 7—13 maja 7, w Madrasie od 24 marca do 4 kwietnia osób 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 42,3; w Warszawie 32,0; w Poznaniu 30,1; w Wiedniu 28,3; w Budapeszcie 39,6; w Pradze 34,4; w Tryjeście 24,2; w Berlinie 26,4; we Wrocławiu 32,3: w Hamburgu 28,4; w Gdańsku 20,5; w Mnichowie 30,8; w Dreźnie 24,0; w Lipsku 20,5; w Genewie 24,3; w Brukseli 26,1; w Amsterdamie 25,8; w Hadze 30,5; w Paryżu 23,7; w Londynie 18,9; w Kopenhadze 21.4; w Stokholmie 25,7; w Chrystyjanii 15,9; w Petersburgu 37.6; w Odesie 32,9; w Wenecyi 22,0; w Bukareszcie 25,2; w Madrycie 44.4; w Lizbonie 23,4; w Aleksandryi 33,6; w Nowym Jorku 23,3; w Filadelfii 20,3; w Bombayu 29,1; w Madrasie 67,2 *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tyg. od 8—14 czerwca r. b. zmarło 85 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 38·3. W tym czasie zmarło 3 osób z cholery, 1 z krztuśca, 1 z gorączki połogowéj.

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 czerwca. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. prof. Browicz przedstawił ciekawsze preparaty anatomiczne, poczém Dr. Jaworski miał odczyt zapowiedziany.

* Prof. Rydel i w roku bieżącym bawić będzie w Krynicy przez drugą połowę lipca i miesiąc sierpień. Donosimy o tém zawczasu w interesie chorych, udających się do tego zdrojowiska, a którym nastręcza się sposobność w razie potrzeby korzystania z rady specyjalisty.

* Podajemy poniżéj obfitą treść dwóch zeszytów *Pamiętnika Tow. lek. warsz.*, które nas właśnie doszły. Oprócz prac oryginalnych mieszczą się w nich liczne sprawozdania. *Gazeta Lekarska* podając treść tych zeszytów wyraża zdziwienie swoje, że czasopismo to rozchodzi się w tak małéj ilości egzemplarzy, że koledzy tak obojętnie zapatrują się na wydawnictwo, które Towarzystwu lek. warsz. nietylko żadnego dochodu nie przynosi, ale przeciwnie naraża je rok rocznie na stratę tysiąca i kilka set rubli. Że zdziwienie to w zupełności podzielamy, dowodzi okoliczność, że na Zjeździe poznańskim wystąpiliśmy przeciw wnioskowi kol. Jaworskiego o założenie nowego czasopisma, poświęconego pracom doświadczalnym, tylko z tego powodu, że w *Pamiętniku* posiadamy już rodzaj archiwu, którego powodzenie pod każdym względem zależy jedynie od poparcia kolegów tak czytających jako i piszących. Może uchwała, która zapadła w sekcyi a następnie przez zebranie ogólne przyjętą została do wiadomości, uchwała, aby większe prace umieszczano w *Pamiętniku Tow. lek. warsz.*, przyczyni się do podniesienia najstarszego czasopisma lek. polskiego.

* Przewodnika gimnastycznego (organu Towarzystwa gimn. „Sokół“ we Lwowie) Nr. 6 z czerwca r. b. opuścił prasę. Treść: Kamień węgielny pod gmach sali Towarz. gimnast. „Sokół“ we Lwowie. — Uroczystość poświęcenia kamienia węgielnego pod gmach „Sokoła“. — Osnowa dokumentu odczytanego przy uroczystości założenia kamienia węgielnego. — Zarys ćwiczeń na skoczni (c. d.). — Gimnastyka na Zjeździe lekarzy i przrodników polskich w Poznaniu. — Kronika.

* **Ruch kąpielowy.** W Gainfarn gości 474, w Cieplicach czeskich 2895, w Giesshüblu 102, w Krynicy 215, w Luhaczowicach 452.

* **Monachijum.** Książe Karol bawarski, brat Cesarzowéj Austryjackiéj, otwiera z d. 1 lipca rb. w Tegernsee zakład dla chorych na oczy. Chorzy niezamożni mogą starać się o przyjęcie bezpłatne na mocy świadectwa ubóstwa i lekarskiego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Dziekanem Wydziału lek. obrany prof. Vogl, prodziekanem prof. G. Braun, a zastępcami dziekana proff. Ludwig i Meynert.

* **Odznaczenia.** Robert Koch mianowany został — jedyny lekarz — członkiem Rady stanu król. pruskiego; równocześnie otrzymał nominacyję na stałego członka Deputacyi umiejętnéj.— Prof. Karol Braun w Wiedniu mianowany został przez Uni-

wersytet w Edynburgu doktorem honorowym. — Docenci prywatni Küssner i Oberst w Hali, oraz Damsch w Gietyndze mianowani zostali profesorami nadzw.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 25: Maszkowskiego: Przypadek próchnienia kości 9go i 10go żebra z następczém ropném zapaleniem błon mózgo-rdzeniowych. W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 25: Święcickiego: O wpływie koniiny i niektórych przetworów sporyszu na skurcze pochwy; Fabiana: Hemoglobinemija i hemoglobinuryja (c. d.) W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* zeszycie 1 i 2 z r. b.: Schramma: Laparotomija przy niedrożności jelit; Kramsztyka J.: O zawartości tłuszczu w kale noworodków i o wessaniu tłuszczu w ich przewodzie pokarmowym; Grünbauma: Medycyna w talmudzie; Lubelskiego: Mieszkania robotników, ich zajazdy i noclegi: Świeżawskiego: Z higijeny publicznéj w dawnéj Polsce: wodociągi w Sandomierzu i Lublinie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. O. WIDMANN (we Lwowie): Choroby serca i wielkich pni naczyniowych. Wydawnictwo Gazety Lekarskiéj. Warszawa 1884, in 8vo str. 385.

Dr. ANJEL: Uiber eigenthüml. Anfälle perverser Sexualerregung. (Osobne odbicie z Archiv f. Psych. XV, 2) in 8vo str. 6.

Dr. M. DUNIN-WĄSOWICZ (we Lwowie): Farmakognozyja. Zeszyt 4. Lwów 1884, in 8vo str. 181—228.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.